

El certificado médico prenupcial en Antioquia (Colombia), 1933-1936

The Medical Prenuptial Certificate in Antioquia (Colombia), 1933-1936

Natalia María Gutiérrez Urquijo*

Resumen

A través de la exigencia de un certificado médico, las autoridades sanitarias en el departamento Antioquia pretendieron regular las condiciones físicas y morales de hombres y mujeres que quisieran contraer matrimonio entre 1933 y 1936. La finalidad era evitar el nacimiento de individuos que se convirtieran en una carga para el Estado e impulsar la salud y el bienestar general. Con base en los informes de los médicos e inspectores de sanidad municipales de la época, este artículo aborda la forma en que se dio a conocer esta medida a la población. Igualmente, resalta algunas de las dificultades que se presentaron para hacerla cumplir debido al desinterés de la Iglesia Católica, la poca presencia de médicos en los sectores alejados

*Maestra en Historia por El Colegio de México, (México D.F., México); e Historiadora por la Universidad de Antioquia, (Medellín, Colombia). Es estudiante del doctorado en Historia de El Colegio de México. El artículo es un avance de la tesis de doctorado en curso titulada “El porvenir de la patria: la protección infantil y materna en Colombia, 1924-1946”. Correo electrónico: nmgutierrez@colmex.mx  orcid.org/0000-0003-3314-0299

de las cabeceras municipales, y la falta de infraestructura para llevar a cabo los exámenes requeridos.

Palabras clave: matrimonio, certificado prenupcial, médicos, eugenesia, Iglesia Católica, Antioquia.

Abstract

Through the requirement of a medical certificate between 1933 and 1936, health authorities in the Colombian Antioquia department sought to regulate the physical and moral conditions of men and women who wanted to marry. The aim of this bureaucratic procedure was to prevent the birth of individuals who may become a burden to the State, and to promote the health and general welfare. Based on reports from physician and municipal health inspectors of the time, this article discusses the way in which this measure was unveiled to the population. It also highlights some of the challenges to enforce it due the disinterest of the Catholic Church, the low presence of physician in areas away from the municipalities, and the lack of infrastructure to carry out the required tests.

Keywords: marriage, prenuptial certificate, physician, eugenics, Catholic Church, Antioquia.

Introducción

Desde finales del siglo XIX en América latina, pero con mayor fuerza en la primera mitad del siglo XX, la eugenesia hizo parte de los proyectos políticos de configuración de la nación unida a los debates sobre la evolución, la degeneración, el progreso y la civilización. Entendida como el uso del conocimiento científico sobre la herencia para lograr una “mejor reproducción”, la eugenesia consideró la posibilidad de intervenir al ser humano para perfeccionar su naturaleza moral e intelectual por medio del fortalecimiento biológico.¹ Esta sirvió para impulsar nuevas ideas y políticas enfocadas en la selección social deliberada de la vida humana que influenciaron diferentes esferas como la medicina, la criminología, la salud pública, el bienestar social, la familia, la maternidad y la niñez (García y Álvarez 1999). Aunque tuvo sus críticos, la eugenesia como política social se articuló a nuevas y complejas imágenes sobre la salud basadas en un proyecto de prescripción cultural e investigación en la medicina que prestaba especial atención al papel del Estado y de las sociedades filantrópicas en la organización de una población heterogénea y en la formación de una “nueva nación” la cual procuraría que las características de la “mala herencia” no se transmitieran a futuras generaciones o, por lo menos, no se adquirieran, y así evitar una descendencia “degenerada”.²

A través de la medicina se intentó regular la sexualidad de hombres y mujeres con recomendaciones e instrucciones de comportamiento según el género de los individuos, para lo cual consideraban como “anormales” los comportamientos sexuales que estaban por fuera del orden moral. A los hombres se les concibió como los portadores

1. Esta pretensión se llevó a la práctica a través de dos tipos de eugenesia: una considerada dura o negativa, cercana al mendelismo, que tenía el objetivo de evitar la reproducción de “indeseables” con medidas drásticas como la esterilización; y la blanda o positiva, de tipo neolamarckiano, que buscaba fortalecer y mejorar la raza a través de la higiene y la educación. Cf. Armando García y Raquel Álvarez (1999).

2. Según Nancy Stepan (1991, 1-2), la eugenesia abarca dos aspectos que la definen: como ciencia, alcanzó una nueva comprensión de las leyes de la herencia humana, y como movimiento social, se enfocó en propuestas que le garantizaran a la sociedad una mejor constitución hereditaria alentando a los grupos “aptos” a reproducirse entre sí y desalentando o previniendo a los “no aptos” de contribuir con futuras generaciones.

transitorios de los elementos patógenos —que podían “infectar el espermatozoide”— adquiridos por costumbres “malsanas” que provocaban la concepción de niños “degenerados”, como lo eran: el alcoholismo (que podía heredarse a un niño y generarle grandes traumas y condiciones de “anormalidad” como la imbecilidad, la epilepsia, las enfermedades mentales, el retraso mental o la criminalidad), las enfermedades venéreas (en especial había una gran preocupación por la sífilis), las enfermedades mentales y la tuberculosis; los cuales atentaban directamente contra el objetivo eugenista de “mejoramiento de la raza” puesto que iba a incidir en la reproducción de niños que no iban a tener los componentes integrales para una reconstrucción nacional, ya que sus habilidades naturales derivaban de la herencia (De Souza 2008, 146-166).³

Articulados a la eugenesia, se crearon nuevos objetos de estudio enfocados en garantizar una buena población como fueron la obstetricia, la puericultura, la higiene mental, lo que permitió asociar prácticas a instituciones en la sociedad esencialmente políticas y normativas y no simplemente estudios biológicos o anatómicos. Como parte de este proceso, se establecieron nuevas formas de control social de la reproducción y el matrimonio a través de una eugenesia preventiva, en la que la familia se convirtió en el centro de apoyo para impedir y limitar las acciones de los individuos, su actividad y su participación como ciudadanos (Castañeda 2003). Se propusieron entonces disposiciones que prescindían de métodos quirúrgicos radicales —como lo fue la esterilización de enfermos y “anormales” en Estados Unidos y algunas partes de Europa— pero que intentaron restringir la reproducción de algunos individuos con contenidos acerca del género, la raza y la identidad biológica de la nación (Stepan 1991, 102-103).

Con base en estos planteamientos se asumió que una selección cuidadosa de los seres humanos por medio de matrimonios controlados durante generaciones consecutivas, haría posible alcanzar una raza “mejorada” o preservar la “pureza”

3. El movimiento eugenésico latinoamericano enfatizó en las medidas dirigidas a la transformación del medio ambiente y de comportamientos percibidos como nocivos para la salud individual y colectiva. En este sentido, los “venenos raciales” —que hacían referencia al alcoholismo, la sífilis y la tuberculosis— debían ser erradicados porque daban cuenta de malos hábitos y costumbres propios de los sectores pobres de la sociedad. Cf. Carlos Noguera (2003, 94).

de algunos grupos particulares.⁴ Con ello se evitaría la “degeneración” de los individuos a partir de la identificación de patologías transmisibles de padres a hijos y la selección racional de la pareja reproductiva. Entre las estrategias llevadas a cabo para vigilar la familia y “mejorar” las potencialidades genéticas de la población estuvo el certificado médico prenupcial. Éste consistía en que los futuros cónyuges, previo al matrimonio, debían presentar ante las autoridades correspondientes un examen médico (respaldado en exámenes de laboratorio) donde se especificara que la pareja estaba libre de enfermedades físicas y mentales. La medida tenía como fin la defensa de la familia, de la sociedad y de la Patria, pues ponía por encima el bien general ante el particular —y más cuando se trataba de defender la vida y la felicidad del “hombre”— tratando a los enfermos para que llegaran a la vida matrimonial en condiciones óptimas que les permitieran trabajar y procrear hijos vigorosos y útiles para la nación. Además, se pretendía que las mujeres tuvieran la oportunidad de escoger con rigor a una futura pareja que les asegurara hijos sanos, y no irían “engañadas” al matrimonio. La finalidad de esta medida consistía en hacer de los futuros esposos una pareja consciente de evitar la procreación de hijos enfermos y que su obligación era salvaguardar a la familia —célula de la sociedad— teniendo en cuenta las referencias de la educación en higiene social que estipulaban los médicos (Muñoz 1930, 119).⁵

En Colombia prevalecieron las políticas sociales que acudieron a la educación en materia de higiene de la población, lo cual impidió que el proyecto de ley

4. Cabe señalar que las connotaciones del término “raza” no estuvieron claramente delimitadas. Aunque su uso iba dirigido a señalar jerarquías entre distintos grupos o categorías de tipo biológico (“superiores” e “inferiores”), hizo también referencia a factores geográficos, históricos y culturales. La “raza” se equiparó en muchas ocasiones al término de “población”, sobre todo en aquellas corrientes eugenésicas más blandas que referían a la erradicación de ciertas enfermedades y conductas Cf. Héctor Palma 2002, (119-120).

5. Daniel Díaz (2008) advierte que con el avance de la medicina en Colombia desde finales del siglo XIX, se pusieron de presente los principios eugenésicos amparados en la idea de progreso y de desarrollo del país. Con base en la medicina se definió lo “normal” y lo “anormal” teniendo por objetivo a los pobres, enfermos, desviados, niños, mujeres, para estudiarlos y dirigirlos hacia la civilización. Según Zandra Pedraza (1996-1997), el proyecto de “mejoramiento de la raza” se acogió más rápidamente en la educación, con la higiene como el principal bastión, como una forma de imaginar el cuerpo y la nación para el cultivo del nuevo ciudadano con medidas que produjeran individuos mejorados.

presentado al Congreso de la República en 1936 hiciera obligatorio el certificado médico prenupcial en el país (Rico 1936; Obregón 2002). Este hecho ha llevado a que en algunas investigaciones se afirme que, a diferencia de otros países donde la acción eugenésica fue más agresiva, Colombia prescindió de mecanismos de claro corte eugenésico (Cf. Noguera 2003; López 2010; Vélez 2012). Aunque esta afirmación da cuenta de que en efecto este tipo de discusiones y actos legislativos no alcanzaron las proporciones de otros países latinoamericanos, también muestra que se desconocen las particularidades, intereses y pretensiones que en este sentido se dieron en el ámbito local.⁶

En este sentido, el presente artículo tiene como objetivo mostrar, a través de los informes de médicos e inspectores sanitarios, las reacciones que hubo en el departamento de Antioquia (Colombia) a las resoluciones número 80 y 82 de 1933 que solicitaban a los futuros cónyuges residentes en el departamento un certificado de sanidad prenupcial.⁷ Tales resoluciones, expedidas por el director departamental de higiene y asistencia pública, fueron aplicadas por lo menos entre 1933 y 1936, y su pertinencia fue debatida y solicitada hasta los primeros años de la década de los cuarenta. Para desarrollar este planteamiento el presente artículo se divide en dos partes: la primera muestra el propósito de las resoluciones y la manera en que se quiso llevar a cabo en los municipios, y en la segunda los inconvenientes que hubo para su cumplimiento.

6. A diferencia de otros países latinoamericanos como México, en donde se estableció la medida en 1926 con fuertes sanciones para jueces y curas que casaran a las parejas que obviarán este requisito Cf. Ana María Carrillo (2013, 409-440).

7. Cabe señalar que este artículo se basa en documentación generada por quienes tenían la responsabilidad de poner en marcha las resoluciones con base en su conocimiento “científico”. Las voces de los representantes de la Iglesia católica o de la población a la cual estuvo dirigida la política, no ha sido posible reconstruirlas hasta el momento.

Un certificado para la “defensa de la raza”

Bajo la dirección del médico Alfonso Castro,⁸ el Departamento de Higiene y de Asistencia Pública de Antioquia resolvió en 1933 que el certificado médico prenupcial debía solicitarse a las parejas que iban a contraer matrimonio.⁹ Para Castro, la mejoría de la población colombiana estaba en la higiene, la cual constituía la base de la salvación de los pueblos intertropicales al inculcar hábitos necesarios para el cuidado y el fortalecimiento de la raza (Herrera 2001).¹⁰ Como forma de acabar con los “defectos que debilitaban la raza” y proteger las futuras generaciones, era primordial que las autoridades sanitarias —basándose en preceptos científicos— lucharan en contra de las enfermedades venéreas y defendieran las uniones conyugales entre sanos con el fin de velar por la salud individual y colectiva de los asociados, señala Ana María Carrillo (2013, 409-440). Con ello, las autoridades se podían enfocar tanto en el cuida-

8. Alfonso Castro hizo parte del Congreso de la República, la Asamblea Departamental de Antioquia y el Concejo de Medellín como representante del Partido Liberal. Sus propuestas estuvieron enfocadas en mejorar los sistemas educativos, la higiene de la población, la vida del obrero, y “porque la raza sea libre de las taras que dejan las enfermedades venéreas, el paludismo y la anemia tropical”. Además de impulsar la campaña científico-social del certificado prenupcial, propuso, junto al Dr. Francisco Arango, la creación del Instituto Profiláctico en Medellín. Cf. Eliseo Velásquez (1935, 439-440)

9. La creación de la Dirección Departamental de Higiene se oficializó mediante la Ordenanza núm. 10 del 31 de marzo de 1913. Fue la institución líder en el departamento de Antioquia para atender toda clase de consultas sobre la higiene pública provenientes de los concejos municipales y de los médicos oficiales (Del Valle 2010). Esta institución se hacía cargo de enviar al director nacional de higiene y al gobernador del departamento una relación sobre diferentes tópicos relacionados con la medicina social como eran la lucha antivenérea, prostitución, higiene y los diferentes certificados de salud requeridos para desempeñar un oficio (estaban obligados a presentar certificado las obreras de las fábricas, las sirvientas, los cantineros, los peluqueros, los carniceros, los descuartizadores y los saladores de carnes, los matarifes, los hoteleros, los fabricantes y los expendedores de artículos alimenticios). Cf. Archivo Histórico de Antioquia (en adelante AHA), *Fondo Gobernación de Antioquia* (en adelante FGA), Informes de los médicos de zona, 1935, t. 9538, f. 34r.

10. Este argumento había sido defendido por Alfonso Castro en el marco del debate acerca de la raza que se dio en Bogotá en 1920, en el que objetó el planteamiento del médico psiquiatra Miguel Jiménez López quien argumentaba que los colombianos presentaban “signos indudables de una degeneración colectiva; degeneración física, intelectual y moral” que sólo podía redimirse a través de la inmigración (Muñoz 2011, 21) En respuesta Castro afirmó que no se debían confundir las causas sociales con las hereditarias, por tanto se debía pensar en fortalecer y perfeccionar la “raza mestiza”, especialmente al labriego a quien consideraba la principal fuente de riqueza (Herrera 2001, 121-128)

do de las generaciones presentes como en favorecer las futuras a partir del control de enfermedades que “no solo minan al individuo, sino que afectan, de modo definitivo, a los hijos y a la sociedad en general” (Castro 1933, 2984).

Por tanto, con la expedición de la resolución núm. 80 del 20 de agosto de 1933, se dispuso que tanto hombres como mujeres que pretendieran contraer matrimonio en el departamento de Antioquia, debían presentar ante el alcalde de la localidad un certificado de salud en el que se especificara que estaban sanos, que no padecían enfermedades como sífilis, lepra, tuberculosis, pián y blenorragia. En la resolución se especificó que estas enfermedades convertían a las personas de ambos sexos en “inhábiles” para la procreación o con posibilidades de engendrar “seres miserables, degenerados en todo sentido, incapaces para la vida culta y cargas gravosas y peligrosas para la sociedad”, lo cual era fuente de miseria, atraso y “desmoralización” del país.¹¹ Dicho certificado debía estar apoyado por exámenes clínicos y de laboratorio precisos —como el examen de sangre (reacción de Wasserman)— los cuales debían ser practicados por médicos graduados. Al no contar la mayoría de los municipios de Antioquia con laboratorios ni bacteriólogos idóneos, se reformó este aspecto por medio de la resolución núm. 82 de 29 de agosto de 1933 “sobre certificado de sanidad prenupcial” para que únicamente se exigiera un examen clínico lo más completo posible en los lugares que no tenían tales especialidades. A las personas que fueran reconocidas a juicio de los alcaldes como pobres, los médicos oficiales les debían suministrar el certificado prenupcial de salud gratuitamente. Aquellos que no presentaran a su debido tiempo este documento, tendrían que pagar una multa de cien pesos —destinados a los fondos del municipio para obras de higiene—, y en caso que se negaran a pagar esta suma, la sanción podía convertirse en arresto. Las parejas que quisieran contraer matrimonio debían proveerse de dicho certificado con anticipación y presentarlo ante las autoridades en papel sellado (Castro 1933, 2984 y 3016).

A partir de la sanción de estas resoluciones, su debido cumplimiento quedó a cargo de los alcaldes, de los médicos oficiales y de los inspectores sanitarios con los

11. Desde el Instituto Profiláctico se había solicitado en 1919 a la Asamblea Departamental la necesidad de hacer obligatorio el certificado médico prenupcial. Cf. AHA, FGA, Informes de los médicos de zona, 1935 (2), t. 9539, ff. 418r-419r.

que contara cada uno de los municipios del departamento. Especialmente, el inspector de sanidad debía fomentar entre la población “ignorante” el conocimiento de esta medida a través de campañas en pro del certificado de médico prenupcial.¹² Así, la comunicación de las resoluciones en los municipios pequeños y en las zonas rurales se hacía por medio de una lectura pública en la que se anunciaba a qué estaban obligados los futuros esposos y cuáles eran las sanciones legales a las que quedaban sujetos. Mientras que en la ciudad de Medellín, tal inspector cuando se enteraba de algún matrimonio, citaba a la pareja para explicarle el beneficio de obtener el certificado de salud.¹³ Los encargados se aseguraban de pasarle una copia de las resoluciones al cura párroco del municipio con el fin de que colaboraran en el cumplimiento de este “trascendentalísimo fin higiénico y social, de bellas proyecciones sobre el futuro de la patria”.¹⁴ Esta precaución se hacía con el especial interés de no afectar las relaciones con el clero, a quien debían mostrarle de manera clara y sin conflictos los beneficios de la medida.¹⁵ También se valieron del apoyo de los notarios del circuito para propagar, ante los futuros contrayentes, las ventajas de realizarse el examen sin necesidad de comprarlo clandestinamente. El objetivo era convencer a los habitantes, por todos los medios y de manera amigable, de la “bondad” de esta medida y de sus múltiples conveniencias para la salud de los contrayentes y en defensa de la especie.¹⁶

A partir del último trimestre de 1933, algunos inspectores sanitarios y médicos oficiales comenzaron a reportar al director departamental de higiene qué ocu-

12. Los inspectores sanitarios eran los encargados de velar por el efectivo cumplimiento de las medidas emanadas por la Dirección Departamental de Higiene y de formar conciencia sanitaria en los municipios. Cf. Miguel Suárez y Edwin Monsalvo (2013).

13. AHA, FGA, Informe de los médicos de zona, 1935 (2), t. 9539, ff. 418r-419r; AHA, FGA, Informes de los médicos de zona, 1935, t. 9538, f. 218v.

14. Véase: Informe enviado por Rafael Velásquez, inspector sanitario del municipio de Jardín, al director de higiene y asistencia pública. AHA, FGA, Informes de los médicos oficiales de sanidad, 1933, t. 9534, f. 282r

15. No tener fricciones con el clero era una gran preocupación. El director departamental de higiene advertía a las autoridades civiles y sanitarias que evitaran el menor roce con las autoridades eclesiásticas en la implantación de la norma.

16. Véase: Informe enviado por Julio Quintero, médico oficial del municipio de Titiribí, al director de higiene y asistencia pública. AHA, FGA, Informes de los médicos de zona, 1935 (1), t. 9538, f. 492r.

rría en su municipio con la puesta en marcha de la disposición. Con base en los informes que se conservan en el Archivo Histórico de Antioquia (AHA), se afirmó que estaban dando “estricto cumplimiento” de la instrucción sobre el certificado de sanidad entre 1933 y 1935 los municipios de Bolívar, Carolina, Santafé de Antioquia, Caldas, Cocorná, Fredonia, Jericó, San Rafael, Segovia, Titiribí, Urrao, Salgar, El Peñol, Santa Rosa de Osos, Medellín, Rionegro, Ebéjico, Fredonia, San Roque, Copacabana, Amalfi, Yolombó, Yarumal, Envigado y Jardín.¹⁷ Mientras que en los municipios de San Jerónimo, Ituango y la región del Bajo Cauca, aunque se conocía la norma, no se exigía debido al desinterés de los párrocos de las localidades. Sobre este aspecto, el alcalde del municipio de San Jerónimo comentó:

El cuatro de los corrientes tomé posesión como Alcalde de este municipio y al no encontrar el libro de registro del certificado prenupcial de que trata la Resolución No. 80 de 1933, solicité del señor Cura Párroco de esta señor Antonio J. Correa G., su colaboración, de manera muy comedida para darle cumplimiento a la citada resolución, ni siquiera contestó el oficio. Ayer contrajeron matrimonio cuatro individuos carentes del certificado prenupcial y por ese motivo inicié las diligencias para aplicarles la sanción. Le informo lo anterior, para que Usted se de cuenta de la ninguna colaboración ni ayuda en el cumplimiento de las Leyes que se tiene con el Párroco antes dicho, por cuyo motivo serán muchas las diligencias que seguiré iniciando por violación de la Resolución susodicha.¹⁸

Los inspectores de sanidad aseguraban en sus informes que la medida había sido acogida por buena parte de la población gracias a que antes de ser exigida aquellos explicaban a las parejas “los múltiples beneficios que dicho certificado causa[ba] individualmente en la familia y en la sociedad” y les hacían saber que

17. AHA, *FGA*, Informes de los médicos oficiales de sanidad, 1933, t. 9534, ff. 79r, 109r, 125r, 141r; AHA, *FGA*, Informes de los médicos oficiales de sanidad, 1933, t. 9535, ff. 45r, 86r, 213r, 282r, 298r, 302r; AHA, *FGA*, Informes de los médicos e inspectores, 1934 (1), t. 9536, ff. 14r, 19r-20r, 95r, 82r, 279r, 285r-286r, 359r; AHA, *FGA*, Informes de los médicos de zona, 1935 (1), t. 9538, ff. 34r, 76r, 89r-90r, 104r-105r, 128r, 147r, 218v, 272r, 294r, 348r, 485r, 492r; AHA, *FGA*, Informes de los médicos de zona, 1935 (2), t. 9539, ff. 30r, 37r, 62r, 106r, 109r-113r, 140r-142r, 193r, 217r, 299r, 390r, 432r, 491r.

18. “Oficio enviado por Juan de D. Medina P., alcalde de San Jerónimo, al director departamental de higiene”, AHA, *FGA*, Gobierno Municipios, t. 423, 1934, f. 82r.

esta medida “no causa ningún mal a nadie”.¹⁹ Además, aludieron a lo provechoso que era para el éxito de la campaña el suministro del certificado de forma gratuita para los pobres. Los inspectores enviaban a la pareja con una boleta indicando su condición al Instituto Profiláctico o al Laboratorio Municipal para determinar en los futuros contrayentes las enfermedades venéreas, el alcoholismo y las taras hereditarias, por ser consideradas elementos primordiales que “deterioraban la raza”.²⁰ Si la pareja era pudiente, debía costear por su cuenta el examen en un laboratorio.²¹ Cuando el individuo se presentaba a la inspección en la víspera de su matrimonio, al no haber tiempo para realizarse un examen de laboratorio, se solicitaba únicamente el reconocimiento realizado por un médico graduado.

Para comienzos de 1934, Alfonso Castro presentó un balance al gobernador del departamento y al director técnico nacional de higiene sobre las labores llevadas a cabo por la Dirección Departamental de Higiene durante 1933. En su relación dedicó un apartado a las resoluciones sobre el certificado médico prenupcial que se habían emitido en Antioquia. Allí resaltó las opiniones que habían suscitado y defendió su expedición y aplicación. Apuntó que, en pocos meses, las resoluciones se estaban

19. “Informe enviado por el alcalde, el médico oficial y el inspector de sanidad municipal de Titiribí, al director de higiene y asistencia pública”, AHA, FGA, Informes de los médicos oficiales de sanidad, t. 9535, 1933, f. 298r.

20. Los institutos profilácticos se establecieron en la mayoría de los municipios de Antioquia en la segunda mitad de la década de 1930. Estos institutos tenían como finalidad atender a las “mujeres públicas” y a los hombres infectados de enfermedades venéreas (casi todos afectados por sífilis). Los inspectores sanitarios apuntaban en sus informes que las mujeres reconocidas como “públicas”, que asistían al Instituto Profiláctico para la revisión y el control de sus enfermedades, se quejaban frecuentemente de que ellas fueran los objetivos únicos de estas medidas y de que otras mujeres no cumplieran con esa obligación. Motivo que generaba un cuestionamiento moral a las autoridades sanitarias sobre si a una mujer que vivía “reservadamente” en unión ilegítima o tenía una relación ilegítima con un solo hombre por fuera del barrio de las “mujeres públicas” y sin ningún escándalo que perturbara el orden social ni las “buenas costumbres”, se le debía obligar o no a presentarse al Instituto Profiláctico y realizarse los exámenes respectivos que se les exigía a las mujeres de “vida alegre”. AHA, FGA, Informes de los médicos de zona, 1935, t. 9538, f. 90r.

21. Para tener una idea de lo que se exponía en un certificado médico prenupcial, a continuación transcribo un certificado expedido en el municipio de Santafé de Antioquia: “El suscrito médico-cirujano [Dr. G. Isaza] certifica: que ha examinado clínicamente al Sr. Benjamín de J. Rivera y que en la actualidad no padece enfermedad infectocontagiosa ni defecto físico que le impida contraer matrimonio. Examinada la Sta. Alicia Graciela Álvarez la encuentro en las mismas circunstancias del anterior. Pueden por lo tanto contraer matrimonio. Antioquia, 1 de marzo de 1935.” AHA, FGA, Informes de los médicos de zona, 1935 (2), t. 9539, f. 299r.

cumpliendo en la mayoría de los municipios, pero que en algunos sectores no había sido bien recibida por considerársele en contra del matrimonio y como un medio inadecuado para poner en guardia a personas que, aquejadas de una enfermedad peligrosa e ignorantes de los trastornos a los que exponían a su familia y a su descendencia, deseaban contraer matrimonio. Ante estas posiciones, Castro aclaraba que podían contraer nupcias tanto sanos como enfermos, pero que en la alcaldía de cada municipio debían reposar los certificados de que los futuros cónyuges, días antes de casarse, habían visitado al médico para un examen donde constara su estado de salud. Este era el objetivo fundamental de la norma, poner a la pareja en relación directa con el médico, quien debía ser capaz de dar consejos oportunos en caso de ser necesario para impedir a gran escala la “degeneración” y la despoblación.

En el mismo informe, Castro enfatizó en que ninguna autoridad sanitaria o civil podía impedir un matrimonio aun cuando el resultado del examen mostrara algún tipo de enfermedad ni mucho menos el médico podía violar el juramento contraído “en nombre de Dios y de la Patria” sobre el secreto de la enfermedad de su paciente. El certificado debía servir para que la “voz autorizada” de los médicos ilustrara a los individuos que ignoraban estar enfermos sobre su condición y difundir entre los jóvenes la importancia de conservar la salud para reproducirse. Además, convencer a aquellos que reconocían su enfermedad, ante los consejos ofrecidos por el “individuo de conciencia” que era el galeno, para que se privara de pasar a las presentes y futuras generaciones la “desgracia”:

[...] Quizá cándidamente creo yo que un hombre de honor, a quien se le diga, por persona autorizada, que debe someterse a un tratamiento para no sembrar un contagio en la mujer que le entregó su amor y para no engendrar hijos viciados desde antes de nacer, que mañana, si la lógica no marra, han de maldecirlo por villano, debe quedar profundamente reconocido ante la voz de alerta que se le da (Castro 1934, 226-227).

Para Castro, los resultados que se podían obtener con tal imposición, aunque fueran lentos, eran la muestra de la “labor patriótica” que tenía el conocimiento científico. Tal labor consistía en ejecutar “buenas obras” que aportaran al progreso material del país

y en incentivar entre la población la necesidad de reproducirse en condiciones favorables en beneficio del vigor de la especie humana.²² La pretensión era regenerar o “mejorar la raza” para poblar bien, es decir, con elementos idóneos que conformaran la nueva sociedad y transformar los aspectos defectuosos para edificar un mundo nuevo que aportara a la construcción de una nación moderna, homogénea y sana (Saade 2004, 1-36)

Para tener un control sobre el cumplimiento de la medida, los municipios debían valerse de un libro de estadística en donde se llevaba seguimiento de la cantidad de matrimonios que se habían efectuado y el número de certificados prenupciales presentados, los cuales reposaban en la oficina de la alcaldía para fines legales. El registro de esta información servía para tener constancia del número de personas a quienes se les había aconsejado hacerse tratamientos antes de contraer matrimonio y sobre quiénes debían pagar la multa o ser arrestados por evadir la ley. A pesar de los esfuerzos de las autoridades sanitarias por llevar el cálculo, dar a conocer y hacer cumplir la prescripción, muchas parejas seguían contrayendo matrimonio sin presentar el certificado médico prenupcial. Según los informes de los médicos, la mayor parte de la población desconocía la obligación “tanto que al reclamarlo el Inspector a algunas personas importantes, se han mostrado apenadas y han manifestado que si no habían cumplido con aquella obligación era porque ignoraban [que] existiera”, y otros simplemente la desobedecían:²³

[...] Para dar cumplimiento a la Resolución No. 80 de 1933, tanto la Alcaldía [de Amalfi] como esta Inspección, han abierto sendos registros con el fin de llevar una estadística completa de los matrimonios que se efectúen en el municipio y velar porque sea llenado al requisito conforme lo dispuesto por esa Dirección en su Resolución No. 80. Hasta hoy se han efectuado cuatro matrimonios y de los ocho contrayentes solo tres presentaron oportunamente el certificado de sanidad y de las cinco que no presentaron certificado, hay una que ya está pagando la condena a que se hizo acreedor; los cuatro restantes, que casaron en el campo, todavía no se han hecho comparecer para hacerles efectiva multa, pero ya pronto se les llamará a la Alcaldía.²⁴

22. AHA, *FGA*, Informes de los médicos de zona, 1935 (2), t. 9539, ff. 193r-194r.

23. Véase: AHA, *FGA*, Informes de los médicos de zona, 1935 (2), t. 9539, f. 491r.

24. Informe enviado por Alfredo Botero, Inspector Sanitario del municipio de Amalfi, al director de higiene y asistencia pública. AHA, *FGA*, Informes de los médicos oficiales de sanidad, 1933, t. 9534, ff. 141r-v.

Los contrayentes que vivían en la ciudad o en la cabecera municipal acataban más fácilmente la norma debido al control que ejercían las autoridades locales que estaban concentradas en estos sitios. En contraste, los habitantes de las zonas rurales evadían la medida, no la conocían o se casaban de manera clandestina por la falta de autoridades que pudieran exigirla. De modo que algunas parejas que residían en un lugar con más intervención, recurrían a iglesias alejadas a contraer matrimonio para no presentar el certificado. Esta situación hacía que los médicos e inspectores frecuentemente preguntaran al director departamental de higiene qué medidas debían tomar ante quienes se negaban a dar cumplimiento a la resolución o evadían la norma casándose en sitios apartados.²⁵

Estos comportamientos eran para Alfonso Castro la evidencia de que la mayoría de la gente “desconocía y despreciaba” todo lo que se relacionaba con la defensa de la salud, al punto de que las más mínimas disposiciones que se establecían para salvaguardarla eran vistas como cargas pesadas impuestas por el Estado o actos violatorios de sus derechos y su libertad. Aunque fuera una “ardua la labor”, era menester del Estado colombiano —si pretendía tener un país con una “personalidad definida y fuerte”— seguir avanzando en la tarea de proteger la salud de las clases modestas de la sociedad para tornarlas “vigorosas” y capaces de crear riqueza en cualquier campo.²⁶ Para este médico, de nada servían los programas pedagógicos, las plataformas políticas o las abundantes riquezas naturales si se contaba con un pueblo enfermo. Por tanto, era necesario poner especial atención en las enfermedades evitables que iban en detrimento del “vigor de la raza” y así evitar

25. Según el informe rendido por Alfonso Castro (1935, 137) al Director Nacional de Higiene y al Gobernador de Antioquia, desde la promulgación de las resoluciones sobre el certificado prenupcial y hasta febrero de 1935, se habían expedido en el departamento un total de 2.500 certificados.

26. “A su regreso de Europa, el mejor de los rectores que ha tenido la Universidad, el Dr. Miguel M. Calle, preconizó este certificado como una costumbre social y hoy el Dr. Castro lo ha impuesto con fuerza de ley. No se explica fácilmente, el que se levante una grito porque se defiende con él la sociedad, la familia y los mismos cónyuges; porque los frutos del matrimonio no sean tarados a causa de la sífilis y porque las sociedades no estén llenas de cargas con guñapos humanos. De otra parte, cómo se critica, el que los padres de familia sepan que entregan sus hijas no a los rezagos achacosos que han trasegado por todos los cuartuchos, sino al hombre bien que no lleva a su hogar un chancro como regalo de bodas? [...]”. Ver: Velásquez (1935, 440).

ciudadanos que se convirtieran en una carga para el Estado, pues no había algo más costoso para una sociedad que el lisiado, el enfermo, el loco o el criminal.²⁷

Dificultades para su implantación

Salvaguardar la salud y combatir la ignorancia de la población a través de la instrucción sobre los procedimientos higiénicos eran labores que los médicos de las primeras décadas del siglo xx consideraron fundamentales de su profesión. Con ello, se afirmaban como los únicos proveedores de los servicios de salud, aumentando y fortaleciendo las instituciones y los mecanismos de persuasión para tratar de impactar y cambiar las prácticas cotidianas de la gente tanto en su vida pública como privada. Esta pretensión se vio afectada para el caso de la implantación del certificado médico prenupcial en los distintos municipios de Antioquia debido a que no se contaba con los suficientes médicos graduados que pudieran abarcar los diferentes y distantes puntos en donde se encontraba la población, y a la falta de laboratorios que permitiera a todas las parejas realizarse un examen detallado como lo pretendía el director departamental de higiene con la expedición de las resoluciones.²⁸

A pesar de las circulares emitidas por los inspectores de sanidad, la gente se excusaba en que eran muy pobres para viajar hasta la cabecera del municipio, donde se encontraba el galeno, o que no tenían dinero para gastar en un certificado. Por tanto, en los informes de los inspectores sanitarios era común que se hiciera referencia a la

27. AHA, *FGA*, Informes de los médicos de zona, 1935 (2), t. 9539, ff. 160r-170r.

28. Como lo explica Piedad del Valle, en Antioquia la regulación por parte del cuerpo médico y la institucionalización de la medicina y del proceso medicalizador tuvieron lugar en las últimas dos décadas del siglo xix, pero con mayor fuerza en la capital y en algunos municipios cercanos o de buen capital económico. Sin embargo, el desplazamiento del conocimiento empírico al conocimiento científico se fue consolidando a partir de la segunda década del siglo xx con el reconocimiento de un cuerpo médico, y se instauró un circuito medicalizador “moderno” con el relevo de las prácticas legas por las prácticas médicas. Así, el saber médico empezó a ser visible con funcionarios que se establecían por fuera de Medellín, pero con algunas dificultades para que fuera efectivo en todo el departamento, pues era reducido el número de médicos graduados, y los pocos que había en ocasiones no estaban dispuestos a establecerse en regiones apartadas por falta de condiciones materiales, las adversidades del clima o la dificultad de trasladarse por cuestiones geográficas o de vías de comunicación. Cf. Del Valle (2010, 109).

falta de médicos en distintas zonas de los municipios para hacer valer y obedecer las resoluciones, siendo continuas las peticiones y las quejas sobre la necesidad de tener siempre un médico encargado para que los habitantes de los municipios, en especial las personas “ignorantes”, no burlaran los mandatos legales.²⁹

Esta situación se agudizaba debido a que las oficinas de higiene habían sido creadas hacía poco en los municipios con escasos recursos por parte del Tesoro Municipal. Según Alfonso Castro, que los inspectores de sanidad fueran pagados por los concejos municipales y no por el departamento llevaba a que hubiera intromisión de la política de partido en las labores sanitarias que obstaculizaban la realización actividades porque estaba supeditada a los intereses de los “gamonales y políticos” de cada municipio, lo cual retrasaba y limitaba el desarrollo de sus funciones:³⁰

[...] Como sabe el Sr. Director, no hace sino tres meses que estoy al frente de esta oficina y sólo el día que recibí un telegrama de esa Dirección vine a darme cuenta que me correspondía exigirlo, pues no conozco la Resolución 80 de que hace mención el telegrama, la he buscado mucho y, ni en la Alcaldía ni en esta Oficina la he podido hallar, a pesar de que el ayudante que me dan, hace un año que está a este servicio, pero que se ha pasado el tiempo danzando en el círculo de sus conveniencias y olvidado de sus deberes en el ramo, para el cual está colocado. Quiero que en las Oficinas de la Dirección de Higiene sea conocido el lujoso nombre de este empleado del municipio de Segovia para si fuere necesario algún día, ténganlo en cuenta, Pedro Justo Berrío G., individuo subalterno que se ha obstinado en obstaculizar mis actos complicándolos con sistemas que solo se emplean en otras oficinas de procedimientos civiles y administrativos muy distanciados del ramo de sanidad y, que dan lugar a diligencias muy largas y, que, como dije, perjudiciales para el ramo [...].³¹

29. “Informe del inspector municipal de sanidad del municipio de Titiribí sobre el tercer trimestre de 1935”, AHA, FGA, Informes de los médicos de zona, 1935, tomo 9538, f. 272r.

30. Este apunte de Castro da cuenta de lo importante que era para él que los asuntos sanitarios y de salud de la población estuvieran por encima de las cuestiones políticas para que no se afectara su labor y responder adecuadamente al interés de alcanzar el bienestar general. Cf. AHA, FGA, Informes de los médicos de zona, 1935 (2), t. 9539, f. 195r.

31. “Informe enviado por Samuel Álvarez, inspector de sanidad del municipio de Segovia, al director departamental de higiene y asistencia pública”, AHA, FGA, Informes de los médicos de zona, 1935 (2), t. 9539, f. 390r.

Además de las dificultades con la administración municipal que tenían que enfrentar médicos oficiales e inspectores sanitarios para el cumplimiento de las medidas, la campaña debía contar con el tacto suficiente para asociar a la Iglesia Católica. Por tanto, los galenos explicaban a los párrocos que aunque alguno de los futuros contrayentes resultara en el examen con alguna enfermedad contagiosa, podían casarse, pues no se trataba de impedir ni ponerle trabas a los matrimonios, sino de que la pareja se hiciera rápidamente un tratamiento para desaparecer el contagio y aplazar, mientras tanto, la unión, pero solamente como una forma de prevención mas no de prohibición. Lo que se buscaba era que los infectados con sífilis o blenorragia postergaran su matrimonio con el fin de “mejorarlos” y educarlos para una “unión feliz”, de allí que el Estado se encargaría de buscar y crear las condiciones eficientes para estimular el enlace matrimonial. Las autoridades sanitarias insistían en que la intención no era reducir la cantidad de nupcias, sino mejorar su calidad para el bien de la nación y de la sociedad.³² Si a pesar de estas sugerencias el candidato insistía en casarse, nada se haría para impedirlo. Aclarado este punto, algunos párrocos colaboraron con las autoridades sanitarias exigiendo el certificado médico prenupcial y suministrando los nombres de los futuros contrayentes.³³

Aunque hubo párrocos que colaboraron con las autoridades sanitarias, en algunos municipios se encargaron de difundir el desacato de la norma aconsejando a las parejas evadir la realización de los exámenes, pues decían que no era obligación cumplir con ello, lo que hacía casi nula la labor de los médicos e inspectores. Con el paso de los meses, en algunos municipios donde al principio los párrocos exigían el certificado, la medida fue perdiendo peso y generó escrúpulos y dudas sobre la posibilidad de disminución de los matrimonios, lo que llevó a que los curas

32. AHA, FGA, Informes de los médicos de zona, 1935, t. 9538, f. 217r.; AHA, FGA, Informe de los médicos inspectores, 1934 (1), t. 9536, ff. 19r-20r.

33. “Informe presentado por Wenceslao Montoya, inspector de sanidad de Medellín, al director departamental de higiene”, AHA, FGA, Informes de los médicos de zona, 1934 (1), t. 9536, f. 19r-20r.

se abstuvieran de manifestar a los contrayentes que necesitaban un certificado de sanidad para casarse.³⁴

Esta situación limitó el cumplimiento de las resoluciones y propició males-tares entre las autoridades civiles y eclesiásticas por el control de la población en asuntos que habían sido de competencia exclusiva de la Iglesia. La gran injerencia que tenía esta institución en las decisiones y en las posturas que asumía la mayoría, por no decir que la totalidad de los habitantes de un municipio, contribuía a que se desatendieran las medidas que querían aplicarse y que los esfuerzos emprendidos por los alcaldes, médicos e inspectores de salud resultaran insuficientes. Aunque se solicitara formalmente a los párrocos los registros donde especificaran el cumplimiento de las resoluciones y pidieran su colaboración para el seguimiento y la regulación de enfermedades venéreas, muchas veces se hacían los desentendidos y no respondían las solicitudes:

Las notas dirigidas por el suscrito a los señores Curas de esta Parroquia, suplicándoles una eficaz colaboración, para obtener el cumplimiento de tan saludable medida, no han tenido ninguna respuesta, y su sistemático silencio al respecto, indica la neutralidad del Clero, alrededor de este asunto. Por ello, se puede decir que las disposiciones proferidas sobre tal tópico, se han quedado escritas, pues su incumplimiento así lo demuestra claramente.³⁵

Los inspectores sanitarios expresaban que era preocupante y penoso el hecho de exponer ante el director departamental de higiene que no habían recibido ni una sola petición de certificado médico prenupcial en su municipio porque los sacerdo-

34. Para 1935, se dejó de solicitar el certificado médico prenupcial por los curas en los municipios de Ebéjico, Jericó y Yarumal. La Iglesia Católica, la cual consideraba que la reproducción humana estaba dentro de su legítima autoridad y no podía cederse a la ciencia secular, argumentaba que el propósito del matrimonio era la reproducción y estaba legitimado dentro de esta institución como un valor espiritual. La Iglesia entonces consentía el matrimonio entre personas física o mentalmente discapacitadas y estaba en contra de las medidas eugenésicas que atacaban el derecho de los individuos a casarse, por considerar que deformaba la principal función de la sexualidad y pervertía la moral. Con la bula del papa Pío XI en 1930, la Iglesia inscribió su posición y autoridad en la esfera de la familia, el matrimonio y la sexualidad prohibiendo el control natal, el aborto y la esterilización como violaciones a los principios católicos. Cf. Nancy Stepan (1991, 111-112).

35. "Informe enviado por Alfredo Mesa, inspector sanitario de Jericó, al director departamental de higiene", AHA, FGA, Informes de los médicos de zona, 1935, t. 9538, ff. 89r-90r, 147r.

tes consideraban innecesario solicitarlo o exigirlo a la hora de casar a una pareja. Ante tal situación, los inspectores reclamaban que el certificado se hiciera obligatorio en el país, pues, aunque en la resolución se establecía que había una multa de cien pesos para quien incumpliera, no se llevaba a cabo por el apoyo que la Iglesia Católica les proporcionaba a las parejas que querían contraer nupcias y no sabían acerca de los exámenes clínicos o simplemente no deseaban someterse a ellos. Para los párrocos el certificado prenupcial era inconsecuente con los cánones eclesiásticos, pues las enfermedades no constituían un impedimento legal para contraer matrimonio. Como las autoridades sanitarias solamente podían persuadir sobre la importancia de solicitar el certificado de sanidad para un tratamiento oportuno, los párrocos obviaban la ley. Los inspectores se quejaban y llamaban la atención en sus informes sobre el “sinnúmero de desastres” que les había tocado presenciar en familias con la enfermedad de las mujeres y la concepción de hijos enfermos, lo cual podía evitarse si el examen se practicara con más ahínco y se estableciera su obligatoriedad con la expedición de una ley de la república.³⁶

36. AHA, FGA, Informes de los médicos de zona, 1935, t. 9538, ff. 104r-105r. En el marco del IV Congreso Internacional Femenino realizado en Bogotá por la Liga Internacional de Mujeres Ibéricas e Hispanoamericanas, entre el 17 y el 26 de diciembre de 1930, las mujeres de la élite colombiana expresaron su respaldo a la iniciativa de que el certificado médico prenupcial fuera obligatorio en el país. La representante por Antioquia, Claudina Múnera, expuso que: “[...] [la mujer] confronta el problema de la higiene social con la encantadora imprevisión de que hablara antes, lanzándose a buscar amparo en la ley para defender la raza, con un ardor hijo de su espanto ante la invasión creciente de las enfermedades específicas que labran la ruina de nuestro pueblo. Y pide el certificado prenupcial como punto de apoyo para combatir el mal, porque así lo creyó sinceramente, porque fue su convicción, pero tropezó con la ineficacia de una medida ante la cual se han estrellado las más sabias legislaciones, y pide, previsoramente, que la ley castigue el crimen del contagio con la misma severidad con que se castiga el asesinato, porque piensa, en su afán de salvarse y salvar la raza, que la muerte violenta es preferible a la muerte que se perpetúa en las generaciones con los dementes, anormales y locos que pueblan los asilos y los manicomios, donde con sus alaridos de inconsciencia, protestan contra los que les dieron el ser. ¿Cómo culpar a la mujer que quiere penetrar a este fondo escabroso de la miseria social, si ella es toda corazón y este salta en pedazos ante el dolor ajeno, con mayor razón si este dolor es hijo legítimo de la culpabilidad de otros? Esta presentación de Múnera muestra que la petición para implantar el certificado médico prenupcial no solamente competía a los hombres vinculados a la ciencia, sino también a las mujeres que veían en él un soporte para evitar las enfermedades venéreas a las cuales eran expuestas por sus esposos. Cf. Claudina Múnera (1931, 871-872); Lola Luna y Norma Villarreal (1994, 83).

A pesar del debate que se dio en el Congreso de la República para disponer del certificado médico prenupcial en el ámbito nacional en 1936, esta pretensión no logró concretarse en ley porque se consideró prohibitiva y coercitiva a las cuestiones de la procreación. Se le dio preferencia a la efectividad de la instrucción y a la educación de la voluntad, a la formación de un sentimiento de responsabilidad que orientara a los cónyuges sobre la salud y al compromiso de evitar hijos enfermos que constituyeran un freno para el progreso (Rico 1936). A partir de ese año no se solicitó más el certificado en los municipios del departamento de Antioquia, pese a los esfuerzos que quedaron registrados en los informes de los galenos donde dieron cuenta tanto de la efectiva aplicación de las resoluciones como de las resistencias que hubo por parte de varios sectores de la población.

El balance que dio en 1938 el médico Jesús Peláez Botero sobre la implantación obligatoria del certificado médico prenupcial en Antioquia era positiva. Según él, y con el fin de que se tuviera por una medida necesaria y eficaz, la norma había tenido resultados satisfactorios, pues aunque ya no regía, la población por sí misma continuaba acatando la medida “porque obtuvo el resultado de llamar la atención, y es así como hoy acuden a los médicos las personas que van a contraer matrimonio, sin ser obligados” (Actas de la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana 1939, 278). Para 1940, este mismo médico en calidad de director de la Campaña Antivenérea Departamental, en un informe enviado al secretario de higiene, volvió a insistir en los beneficios que traía el certificado para el matrimonio, la sociedad y la nación, haciendo hincapié en la protección de la salud de la mujer, en el progreso y en el perfeccionamiento de la raza. De acuerdo con Peláez, el certificado permitiría la disminución del número de matrimonios entre enfermos, la conservación de la especie y su multiplicación en buenas condiciones. Recalcó la importancia de la prudencia con la que el médico expedía un certificado y, particularmente, la entrega de los resultados al consultante debido a la relevancia del secreto médico. Esto último estaba en estrecha relación con el “pudor” de las mujeres, pues el médico debía evitar que una enfermedad o alteración orgánica en el organismo femenino pudiera llevar a un problema familiar en el que se pusiera en entredicho la pureza y la virginidad de la mujer, situación que podía ofender “la moral pública” (Villa 1940, 59-63).

Resulta sugerente ver que a pesar de que no se había vuelto a exigir en el departamento, ante la creciente intervención sanitaria en Antioquia, el certificado siguió siendo motivo de reflexión por parte de los médicos antioqueños y de las entidades encargadas de la higiene social como medida preventiva de la reproducción de personas “inferiorizadas” ante la preocupación por la salud de la población, el mejoramiento de la raza y sus alcances para el progreso del país. Cabe señalar que aunque fue una propuesta que se discutió para el ámbito nacional, no entró en vigor como ley de la república, lo que posiblemente le quitó fuerza a la iniciativa local sumado a que la institucionalidad médica apenas se estaba consolidando en el país y a la suficiente influencia de la Iglesia Católica. Además, al ser la sociedad antioqueña de moral católica principalmente, el “pudor” de las mujeres era sumamente importante y se inculcaba en todas las esferas sociales. Por lo tanto, debió ser dificultoso para los médicos examinar el cuerpo de una mujer antes del matrimonio —a la cual se le consideraba virgen y pudorosa— ni fue sencillo hacerles llegar las enseñanzas sobre enfermedades venéreas con el fin de que éstas estuvieran lo suficientemente preparadas para el matrimonio a partir del conocimiento de los padecimientos que afectaban tanto su salud como la de sus hijos, pues eran tenidos como “corruptores” de la moralidad femenina.

Consideraciones finales

Aunque el certificado no impedía la celebración del matrimonio, el cual era competencia de la Iglesia Católica, si tenía como fin alertar a la pareja, especialmente a la mujer, de que estaban frente a una enfermedad que no solamente los aquejaba como individuos, sino que ponía en riesgo la conformación de una familia y la salud e integridad de sus hijos, quienes serían los futuros ciudadanos. La intención era proteger a la familia desde el Estado atacando los problemas de la herencia y resaltando la responsabilidad que tenían los cónyuges para obtener mejor descendencia. En el marco del proyecto de conformar una nación “moderna y civilizada”

era fundamental prevenir el nacimiento de individuos que fueran una carga para el Estado y por lo tanto era necesario estimular la vigorización de la raza. Este fue el propósito, que en el marco de la región, pretendió el médico Alfonso Castro como director departamental de higiene, en el cual se evidencia que la necesidad de mejorar la raza era un problema de saber y de gobierno.

Si bien este fue el objetivo con el que se planteó la importancia de exigir el certificado médico prenupcial en el departamento de Antioquia, las autoridades sanitarias se encontraron con limitaciones para su implantación que generaron finalmente la pérdida de fuerza de la medida en la población. Tales dificultades fueron: la carencia de médicos y la falta de laboratorios en los municipios, lo cual obligó adaptar la medida a las condiciones precarias en infraestructura y personal con las que contaban; el limitado apoyo a los inspectores sanitarios por parte de las autoridades políticas locales; y la oposición de la Iglesia Católica.³⁷ Aunque inspectores y médicos evitaron los roces con la Iglesia para lograr hacer efectiva la medida, esta institución logró valerse de su gran influencia en las decisiones de la gente y en la clase dirigente local para que en algunos municipios hacerle una campaña de desprestigio que permitió que se ignorara la norma.

Que la exigencia del certificado no hubiera perdurado da cuenta de lo difícil que fue poner en marcha políticas de salud pública en un momento en el que se estaba intentando, a través del conocimiento científico, fortalecer la gestión de la población para mejorar las condiciones físicas y morales de los habitantes del país, lo cual estuvo en disputa tanto con los conocimientos tradicionales como con las autoridades locales que se habían encargado durante años de dirigir los comportamientos de la población.

37. Sobre las dificultades de la puesta en práctica del certificado médico prenupcial en Argentina, véase: Almirón y Biernat (2015, 1-26).

Referencias

“Actas de la Décima Conferencia Sanitaria Panamericana”. 1939. *Oficina Sanitaria Panamericana*. 136, 1-921.

Almirón, Valeria, y Carolina Biernat. 2015. “El certificado médico prenupcial como política social (1936-1955)”. *De prácticas y discursos. Cuadernos de Ciencias Sociales*. 4 (5): 1-26.

Archivo Histórico de Antioquia (AHA), *Fondo Gobernación de Antioquia (FGA)*, Informes de los médicos de zona, 1933-1935; Gobierno Municipios, 1934.

Carrillo, Ana María. 2013. “La ‘civilización’ del amor”. En *Amor e historia. La expresión de los afectos en el mundo de ayer*, coord. Pilar Gonzalbo Aizpuru, 409-440. México, D.F.: El Colegio de México.

Castañeda, Luzia Aurela. 2003. “Eugenia e casamento”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 10 (3): 901-930.

Castro, Alfonso. 1933. “Resolución No. 80 de 1933 (Agosto 20)”. *Gaceta Departamental*, Medellín, agosto 25, 2983-2984.

Castro, Alfonso. 1933. “Resolución No. 82 de 1933”. *Gaceta Departamental*, Medellín, agosto 31, 3016.

Castro, Alfonso. 1934. “Informe que el Director Departamental de Higiene y Asistencia Pública rinde al Sr. Gobernador del Departamento y al Sr. Director Técnico Nacional de Higiene”, *Secretaría de Gobierno. Informe*. Medellín: Imprenta Oficial.

Castro, Alfonso. 1935. “Informe que el Director Departamental de Higiene y Asistencia Pública rinde al Sr. Gobernador del Departamento”. *Secretaría de Gobierno. Informe*. Medellín: Imprenta Oficial.

Del Valle Montoya, Piedad. 2010. *La medicalización de la justicia en Antioquia (1887-1914)*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.

De Souza, Vanderlei Sebastião. 2008. “Por uma nação ugênica: higiene, raça e identidade nacional no movimento eugênico”. *Revista Brasileira de História da Ciência*, 1 (2), 146-166.

Díaz, Daniel. 2008. “Raza, pueblo y pobres: las tres estrategias biopolíticas del siglo xx en Colombia (1873-1962). En *Genealogías de la colombianidad. Formaciones discursivas y tecnologías de gobierno en los siglos XIX y XX*, editores Santiago Castro-Gómez y Eduardo Restrepo, 42-69. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Estudios Sociales y Culturales Pensar.

García González, Armando, y Raquel Álvarez Peláez. 1999. *En busca de la raza perfecta. Eugenesia e higiene en Cuba (1898-1958)*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Garrido Contreras, Mabelin. 2012. “En busca de la unión ideal: matrimonio civil y propuestas eugénicas en el derecho chileno”. En *Una historia de la eugenesia. Argentina y las redes biopolíticas internacionales 1912-1945*, directores Marisa Miranda y Gustavo Vallejo, 393-410. Buenos Aires: Biblos.

Herrera, Martha Cecilia. 2001. “Debates sobre la raza, nación y educación: ¿hacia la construcción de un ‘hombre nacional’?”. En *Educación y cultura política: una mirada multidisciplinaria*, compiladores Martha Cecilia Herrera y Carlos Jilmar Díaz, 117-139. Bogotá: Plaza y Janes Editores Colombia S.A.

Luna, Lola, y Norma Villarreal. 1994. *Historia, género y política: movimiento de mujeres y participación política en Colombia 1930-1991*. Barcelona: Universidad de Barcelona.

López Oseira, Ruth. 2010. “‘Este maicero feminismo tan inofensivo’. Género, política y modernización en Medellín, 1930-1958”. Tesis Doctoral, Universidad Pablo de Olavide.

Múnera, Claudina. 1931. “Del Congreso femenino”. *Letras y Encajes*. 54: 871-872.

Muñoz Rojas, Catalina. 2011. “Más allá del problema racial: el determinismo geográficas y las ‘dolencias sociales’. Estudio introductorio”. En *Los problemas de la raza en Colombia*, autores Simón Araujo, Jorge Bejarano, Lucas Caballero, Rafael Escallón, Miguel Jiménez López, Luis López de Mesa, y Calixto Torres Umaña, 11-15. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario.

Muñoz, Laurentino. 1930. *Estudio de vulgarización científica: certificado médico prenupcial en Colombia*. Medellín: Imprenta Universidad.

Noguera, Carlos Ernesto. 2003. *Medicina y política. Discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.

Obregón, Diana. 2002. “Médicos, prostitución y enfermedades venéreas en Colombia (1886-1951). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 9 (suplemento): 161-186.

Palma, Héctor. 2002. “Gobernar es seleccionar”. *Apuntes sobre la eugenesia*, Buenos Aires: Jorge Baudino Ediciones.

Pedraza Gómez, Zandra. 1996-1997. “El debate eugenésico: una visión de la modernidad en Colombia”. *Revista de Antropología y Arqueología*. IX (1-2): 110-154.

Rico, Edmundo. 1936. *El debate sobre el certificado médico prenupcial obligatorio en la Cámara*. Bogotá: Imprenta Nacional.

Saade Granados, Marta. 2004. “¿Quiénes deben procrear? Los médicos eugenistas bajo el signo social (México, 1931-1941). *Cuicuilco*, 11 (31): 1-36.

Stepan, Nancy Leys. 1991. *The Hour of Eugenics. Race, Gender and Nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press.

Suárez Araméndiz, Miguel Antonio, y Edwin Andrés Monsalvo Mendoza. 2013. “La higiene y el progreso. La institucionalización de la burocracia sanitaria en Manizales. 1920-1940”. *Anuario de Historia Regional y de las Fronteras*, 18 (1): 99-125.

Velásquez Mejía, Eliseo. 1935. “Dr. Alfonso Castro”. *Boletín Clínico. Órgano de la Facultad de Medicina y Ciencias Naturales de la Universidad de Antioquia*, 11: 439-440.

Villa Haeusler, Eugenio. 1939. *Informe del Secretario de Higiene y A.S. de Antioquia 1938. Tomo 1*. Medellín: Imprenta Oficial.

Villa Haeusler, Eugenio. 1940. *Informe del Secretario de Higiene y A.S. de Antioquia. Labores de 1939*. Medellín: Imprenta Departamental.

Villegas Vélez, Álvaro Andrés. 2012. “Heterologías: pasado, territorio y población en Colombia, 1847-1941”. Medellín: Universidad Nacional de Colombia.